

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
744 P Street, Sacramento, CA 95814



August 16, 1990

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-63-90

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: SPANISH TRANSLATED TRANSITIONAL CHILD CARE FORMS

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER 90-29, MARCH 22, 1990

The purpose of this letter is to transmit reproducible copies of the Spanish translated Transitional Child Care forms. They are the:

- o Request for Transitional Child Care (TCC) Benefits, TCC 1 (4/90);
- o Request for Transitional Child Care (TCC) Benefits, TCC 1A, (4/90);
- o Request for Transitional Child Care Payment, TCC 43 (5/90).

The above forms are currently undergoing revisions based on regulation changes. An All County Letter explaining these changes will be sent to Counties in August. We expect forms revisions to be completed by November 1, 1990 and Spanish translations by the end of December. The revised forms will follow under separate cover.

Counties should be conservative when producing stock of the above forms locally. At present, the Spanish translations are not stocked in the DSS Warehouse.

The Spanish translation of the Transitional Medi-Cal (TMC)/ Transitional Child Care (TCC) Status Report (Quarterly), MC 176 TMC/TCC (4/90) will be completed by the Department of Health Services in September.

If there are any questions, please contact LeAnne Torres, AFDC and Food Stamp Policy Implementation Bureau, (916) 324-1016 or ATSS 454-2016.

  
ROBERT A. HOREL  
Deputy Director

Attachments

cc: CWDA

**SOLICITUD PARA TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC) – HOJA DE INFORMACION****¿QUE ES TCC?**

- Es posible que el programa de TCC le ayude a pagar parte de sus gastos de cuidado de niños después que deje de recibir Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC) federal.
- Posiblemente pueda recibir TCC hasta por un máximo de 12 meses consecutivos, comenzando con el primer mes en que resulte inelegible para AFDC.
- Tiene que pagar parte del costo del cuidado de sus niños, a lo que se le llama la cuota familiar. Esa se basa en los ingresos ganados brutos de los miembros de la familia a quienes el TCC aplica y el número de miembros en la familia.
- **IMPORTANTE:** La familia que recibe TCC, tiene que pagar la cuota familiar y cualesquier costos de cuidado de niños que exceda el beneficio de TCC.
- Tuvo que haber recibido AFDC en tres de los últimos seis meses antes de resultar inelegible para AFDC; y la AFDC tuvo que haber parado debido a:
  - Más ingresos ganados;
  - Pérdida de la deducción sobre los ingresos de \$30 y un tercio; o
  - Más horas de trabajo.
- Usted tiene que trabajar y pagar el costo de cuidado de niños menores a 13 años, o para un menor incapacitado, o un menor bajo la supervisión de la corte, que necesita cuidado.
- Un menor que vive en su hogar y recibe SSI o Cuidado de Crianza, puede recibir TCC.
- Se volverá a calcular su cuota familiar una vez después que reciba 6 meses de TCC, a menos que le pida a su trabajador(a) que se la calcule otra vez en otra ocasión.
- No se puede pagar TCC cuando el proveedor es menor de 18 años, es el padre/madre, tutor legal o miembro de la familia que recibe TCC.

**SUS DERECHOS:**

- A solicitar TCC verbalmente (de palabra); pero se tiene que completar una solicitud por escrito antes que se pueda hacer un pago.
- A que se le informen sus derechos y responsabilidades.
- A solicitar TCC en cualquier mes durante los 12 meses después que resulte inelegible para AFDC. Es posible que pueda solicitarlo por correo, pero es posible que el condado le pida que se presente.
- A que se le informe por escrito cuando se apruebe o se niegue su solicitud o cambien o paren sus beneficios.
- A escoger el proveedor de cuidado de niños que más le convenga a usted y sus hijos. Los proveedores de cuidado de niños tienen que tener licencia del Estado de California, a menos que estén exentos. Exento significa cuidado de sus hijos sin tener licencia, llevado a cabo por un amigo, vecino, o pariente en el hogar de usted o de ellos. La amistad o vecino solamente puede cuidar a los hijos suyos y los de ella(él) sin tener licencia. También es cuidado exento el que se provee en programas después de clases, en las escuelas primarias por los distritos escolares.

**SUS DERECHOS**

- A que se calcule otra vez su cuota familiar si cambia su situación pidiéndoselo a su trabajador(a) de TCC.
- A que se transfiera su beneficio de TCC a otro condado de California si usted se muda y todavía es elegible. Tiene que decirle a su trabajador que se mudó.
- A pedir una audiencia con el estado si no está de acuerdo con alguna acción que haya tomado el condado. Si solicita una audiencia antes de que pasen 10 días corridos a partir de la fecha de su Notificación de Acción, o antes de que pasen 10 días corridos después que se haya hecho el pago de TCC, se pagarán los beneficios de TCC mientras la audiencia esté pendiente, hasta la fecha en que se resuelva, pero sin exceder el tiempo que quede del período de elegibilidad para TCC.
- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, estado civil, sexo, impedimento, o edad. Puede presentar una queja, si cree que han discriminado en contra suya.

**SUS RESPONSABILIDADES**

Tiene que:

- Pagar cada mes, su cuota familiar a su proveedor de cuidado de niños.
- Escoger un ambiente limpio, saludable y seguro para que se provea el cuidado de niños.
- Darnos una solicitud completa para el pago de cuidado de niños cada mes en que quiera un pago.
- Darnos un Reporte de la Situación sobre TCC que sea completo, cuando sea necesario.
- Darnos los datos que necesitemos, y pruebas de ellos cuando sean necesarias.
- Reembolsar cualquier pago de cuidado de niños que se le haya hecho por equivocación, aun si se hizo el pago a la persona que proporciona el cuidado.

**EL TCC PUEDE PARAR SI:**

- Usted no coopera con el Fiscal del Distrito para ayudar a cobrar mantenimiento de hijos .
- Para su trabajo sin un motivo justificado.
- No paga su parte del costo de cuidado de niños.
- Ya no tiene un menor elegible en el hogar.

**ADVERTENCIA DE SANCION**

- El no reportar datos o el dar información errónea o incompleta sobre el TCC, puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambos.

# SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC)

**INSTRUCCIONES:** Si quiere TCC, lea la hoja de información de esta solicitud antes de contestar las preguntas de abajo. Por favor use tinta. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. Necesitará mostrar pruebas de ingresos ganados, horas trabajadas, horas y costo de cuidado de niños.

Regrese la forma completada al departamento de bienestar del condado. El condado le informará si usted puede recibir TCC y el monto de su cuota familiar.

Si necesita ayuda, o tiene preguntas, hable con su trabajador(a) de TCC.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

DATE RECEIVED:  
WRITTEN REQUEST:  
VERBAL REQUEST:

NOMBRE DEL SOLICITANTE (PRIMERO, DE EN MEDIO, APELLIDO)	DIRECCION (CALLE, CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL)
---	--

DIRECCION PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE DE LA DE ARRIBA)	TELEFONO ( )
--	-----------------

1. ¿Recibieron usted o su familia, asistencia en cualquier lugar en los últimos 6 meses?  SI  NO  
Si contesta "SI", especifique bajo qué nombre, dónde, cuándo, y la clase de asistencia que recibió.

2. Enumere los menores que viven con usted y para los cuales paga cuidado. (Incluya niños que reciben beneficios de Cuidado de Crianza o SSI.)

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO <input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Otro:		

¿Está este menor incapacitado o bajo la supervisión de la corte?  SI  NO  
Si es así, explique:

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO <input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Otro:		

¿Está este menor incapacitado o bajo la supervisión de la corte?  SI  NO  
Si es así, explique:

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO <input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Otro:		

¿Está este menor incapacitado o bajo la supervisión de la corte?  SI  NO  
Si es así, explique:

NOMBRE DEL MENOR	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD/ESTADO)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO <input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado <input type="checkbox"/> Otro:		

¿Está este menor incapacitado o bajo la supervisión de la corte?  SI  NO  
Si es así, explique:

AFDC Received  
3 out of last 6 months  
Number months on  
GAIN TCC:  
 Not Applicable

Child Under Age 13  
 Foster Child  
 SSI  
 Was in AFDC/AU  
 Over 13  
 Disabled  
 Court Supervision

Child Under Age 13  
 Foster Child  
 SSI  
 Was in AFDC/AU  
 Over 13  
 Disabled  
 Court Supervision

Child Under Age 13  
 Foster Child  
 SSI  
 Was in AFDC/AU  
 Over 13  
 Disabled  
 Court Supervision

Child Under Age 13  
 Foster Child  
 SSI  
 Was in AFDC/AU  
 Over 13  
 Disabled  
 Court Supervision

**3. Enumere todas las personas que viven en el hogar de usted (inclúyase usted mismo, otros men que no están listados arriba, padres, padrastros, abuelos, etc.)**

SOLO PARA USO DEL CONDADO

NOMBRE (PRIMERO, DE EN MEDIO, APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO		SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
ESTADO CIVIL ( <input checked="" type="checkbox"/> )		PARENTESCO CON LOS NIÑOS	
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Vivimos juntos <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado	

Was in AFDC/AU

NOMBRE (PRIMERO, DE EN MEDIO, APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO		SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
ESTADO CIVIL ( <input checked="" type="checkbox"/> )		PARENTESCO CON LOS NIÑOS	
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Vivimos juntos <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado	

Was in AFDC/AU

NOMBRE (PRIMERO, DE EN MEDIO, APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO		SITUACION COMO CIUDADANO/EXTRANJERO ( <input checked="" type="checkbox"/> )	
ESTADO CIVIL ( <input checked="" type="checkbox"/> )		PARENTESCO CON LOS NIÑOS	
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Nunca casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Vivimos juntos <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<input type="checkbox"/> Ciudadano de los E.U. <input type="checkbox"/> Extranjero legal <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Extranjero indocumentado	

Was in AFDC/AU

**4. ¿Se mudó alguien a la casa suya, o se fue de la misma, después que paró la AFDC?**  SI  NO  
(Incluya recién nacidos, o alguien que haya muerto.)

Total number of TCC family members:

Was in AFDC/AU

NOMBRE:	PARENTESCO CON UD.	¿QUE PASO?	FECHA:
---------	--------------------	------------	--------

**5. Complete la información de abajo sobre cualquiera que trabaje o se espera que trabaje.**  
 • Incluya todos los ingresos ganados y propinas. Adjunte tañones de pago, u otras pruebas de ingresos ganados.  
 • Si tiene negocio propio, enumere los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas.

NOMBRE:		NOMBRE DEL PATRON:		DIRECCION DEL PATRON:	
FRECUENCIA DE PAGO (SEMANA, QUINCENA, MES)	FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO	DIAS DE TRABAJO AL MES	HORAS TRABAJADAS AL MES	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUC. \$	

Income and hours verified.

NOMBRE:		NOMBRE DEL PATRON:		DIRECCION DEL PATRON:	
FRECUENCIA DE PAGO (SEMANA, QUINCENA, MES)	DIAS TRABAJADOS AL MES	HORAS TRABAJADAS AL MES	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUC. \$		

Income and hours verified.

**6. ¿Ha tenido alguien algún cambio en la cobertura de seguro de salud desde que pararon los beneficios de AFDC? (Incluya todos los planes para el cuidado de la salud, como dental, para la vista, hospitalización, seguro de cuidado a largo plazo; o planes de salud, como Kaiser, Ross-Loos, Blue Cross, Champus, etcétera, ya los pague usted, su patrón, u otra persona)**  SI  NO  
Si es así, complete enseguida.

Other insurance coverage:

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	QUIEN ESTA CUBIERTO	CLASE DE SEGURO	PAGO MENSUAL
----------------------------------	---------------------	-----------------	--------------

Medi-Cal card coded for insurance

DHS 6155 to recovery

**CERTIFICACION**

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a investigación y verificación.
- Entiendo que el TCC tiene que necesitarse para permitir a un miembro de la familia que reciba AFDC, aceptar o retener (conservar) un empleo, y que no puede haber un adulto en la familia que reciba TCC, a la disposición para cuidar a los niños.
- Entiendo que tengo que reembolsar cualesquier beneficios de TCC que no tenga derecho a recibir, aun cuando se paguen los beneficios directamente al proveedor.
- He leído (o me han leído) y recibido una copia de la hoja de información de TCC, y entiendo mis derechos y responsabilidades.
- Entiendo que el dejar de reportar datos, o el dar datos erróneos o incompletos para TCC puede resultar en prosecución legal, con sanciones de una multa, encarcelamiento o ambos.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA EN QUE SE FIRMO	NO. DE TEL. DONDE EL TRABAJADOR LO PUEDE ENCONTRAR SI NECESITA PONERSE EN CONTACTO CON USTED
FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE, U OTRA PERSONA	FECHA EN QUE SE FIRMO	

SOLO PARA USO DEL CONDADO

APPROVED  DENIED

TCC BEGINS

TCC ENDS:

REASON FOR DENIAL:

TCC WORKER:

DATE:

SUPERVISOR

DATE:

COMMENTS:

**SOLICITUD PARA TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC) – HOJA DE INFORMACION****¿QUE ES TCC?**

- Es posible que el programa de TCC le ayude a pagar parte de sus gastos de cuidado de niños después que deje de recibir Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC) federal.
- Posiblemente pueda recibir TCC hasta por un máximo de 12 meses consecutivos, comenzando con el primer mes en que resulte inelegible para AFDC.
- Tiene que pagar parte del costo del cuidado de sus niños, a lo que se le llama la cuota familiar. Esa se basa en los ingresos ganados brutos de los miembros de la familia a quienes el TCC aplica y el número de miembros en la familia.
- **IMPORTANTE:** La familia que recibe TCC, tiene que pagar la cuota familiar y cualesquier costos de cuidado de niños que exceda el beneficio de TCC.
- Tuvo que haber recibido AFDC en tres de los últimos seis meses antes de resultar inelegible para AFDC; y la AFDC tuvo que haber parado debido a:
  - Más ingresos ganados;
  - Pérdida de la deducción sobre los ingresos de \$30 y un tercio; o
  - Más horas de trabajo.
- Usted tiene que trabajar y pagar el costo de cuidado de niños menores a 13 años, o para un menor incapacitado, o un menor bajo la supervisión de la corte, que necesita cuidado.
- Un menor que vive en su hogar y recibe SSI o Cuidado de Crianza, puede recibir TCC.
- Se volverá a calcular su cuota familiar una vez después que reciba 6 meses de TCC, a menos que le pida a su trabajador(a) que se la calcule otra vez en otra ocasión.
- No se puede pagar TCC cuando el proveedor es menor de 18 años, es el padre/madre, tutor legal o miembro de la familia que recibe TCC.

**SUS DERECHOS:**

- A solicitar TCC verbalmente (de palabra); pero se tiene que completar una solicitud por escrito antes que se pueda hacer un pago.
- A que se le informen sus derechos y responsabilidades.
- A solicitar TCC en cualquier mes durante los 12 meses después que resulte inelegible para AFDC. Es posible que pueda solicitarlo por correo, pero es posible que el condado le pida que se presente.
- A que se le informe por escrito cuando se apruebe o se niegue su solicitud o cambien o paren sus beneficios.
- A escoger el proveedor de cuidado de niños que más le convenga a usted y sus hijos. Los proveedores de cuidado de niños tienen que tener licencia del Estado de California, a menos que estén exentos. Exento significa cuidado de sus hijos sin tener licencia, llevado a cabo por un amigo, vecino, o pariente en el hogar de usted o de ellos. La amistad o vecino solamente puede cuidar a los hijos suyos y los de ella(él) sin tener licencia. También es cuidado exento el que se provee en programas después de clases, en las escuelas primarias por los distritos escolares.

**SUS DERECHOS**

- A que se calcule otra vez su cuota familiar si cambia su situación pidiéndoselo a su trabajador(a) de TCC.
- A que se transfiera su beneficio de TCC a otro condado de California si usted se muda y todavía es elegible. Tiene que decirle a su trabajador que se mudó.
- A pedir una audiencia con el estado si no está de acuerdo con alguna acción que haya tomado el condado. Si solicita una audiencia antes de que pasen 10 días corridos a partir de la fecha de su Notificación de Acción, o antes de que pasen 10 días corridos después que se haya hecho el pago de TCC, se pagarán los beneficios de TCC mientras la audiencia esté pendiente, hasta la fecha en que se resuelva, pero sin exceder el tiempo que quede del período de elegibilidad para TCC.
- A que se le atienda sin importar su raza, color, origen nacional, religión, afiliación política, estado civil, sexo, impedimento, o edad. Puede presentar una queja, si cree que han discriminado en contra suya.

**SUS RESPONSABILIDADES**

Tiene que:

- Pagar cada mes, su cuota familiar a su proveedor de cuidado de niños.
- Escoger un ambiente limpio, saludable y seguro para que se provea el cuidado de niños.
- Darnos una solicitud completa para el pago de cuidado de niños cada mes en que quiera un pago.
- Darnos un Reporte de la Situación sobre TCC que sea completo cuando sea necesario.
- Darnos los datos que necesitemos, y pruebas de ellos cuando sean necesarias.
- Reembolsar cualquier pago de cuidado de niños que se le haya hecho por equivocación, aun si se hizo el pago a la persona que proporciona el cuidado.

**EL TCC PUEDE PARAR SI:**

- Usted no coopera con el Fiscal del Distrito para ayudar a cobrar mantenimiento de hijos .
- Para su trabajo sin un motivo justificado.
- No paga su parte del costo de cuidado de niños.
- Ya no tiene un menor elegible en el hogar.

**ADVERTENCIA DE SANCION**

- El no reportar datos o el dar información errónea o incompleta sobre el TCC, puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambos.

**SOLICITUD PARA BENEFICIOS DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC)**

**INSTRUCCIONES:** Si quiere TCC, lea la hoja de información de esta solicitud antes de contestar las preguntas de abajo. Por favor use tinta. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja. Necesitará mostrar pruebas de ingresos ganados, horas trabajadas, horas y costo de cuidado de niños.

Regrese la forma completada al Departamento de Bienestar del Condado (CWD). El CWD le informará si usted puede recibir TCC y el monto de su cuota familiar.

Si necesita ayuda, o tiene preguntas, hable con su trabajador(a) de TCC.

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Date Received:

Written Request:

Verbal Request:

SOLICITANTE		NUMERO DEL SEGURO SOCIAL	CASE NAME:
DIRECCION		TELEFONO ( )	CASE NUMBER:

**1. Enumere los menores que viven con usted y para los cuales paga cuidado.**

NOMBRE DEL MENOR A.	NOMBRE DEL MENOR C.
B.	D.

AFDC received 3 out of last 6 months.  
Number of Months on GAIN TCC:  
 Not Applicable

**A.**  
 Child Under Age 13  Over Age 13  
 Foster Child  Disabled  
 SSI  Court  
 Was In AFDC AU

**B.**  
 Child Under Age 13  Over Age 13  
 Foster Child  Disabled  
 SSI  Court  
 Was In AFDC AU  Supervision

**C.**  
 Child Under Age 13  Over Age 13  
 Foster Child  Disabled  
 SSI  Court  
 Was In AFDC AU  Supervision

**D.**  
 Child Under Age 13  Over Age 13  
 Foster Child  Disabled  
 SSI  Court  
 Was In AFDC AU  Supervision

**2. ¿Se mudó alguien a la casa suya, o se fue de la misma, después que paró la AFDC?**  SI  NO  
(Incluya a cualquiera que se haya unido al hogar o lo haya dejado, un recién nacido, o haya muerto.)  
Si así sucedió, complete enseguida:

NOMBRE	PARENTESCO CON USTED	QUE PASO	FECHA
--------	----------------------	----------	-------

**3. Complete la información de abajo sobre cualquiera que trabaje o se espera que trabaje.**

- Incluya todos los ingresos ganados y propinas. Adjunte talones de pago, u otras pruebas de ingresos ganados.
- Si tiene negocio propio, enumere los gastos del negocio en una hoja por separado y adjunte pruebas.

NOMBRE	NOMBRE Y DIRECCION DEL PATRON	FECHA DE COMIENZO DEL TRABAJO	FRECUENCIA DE PAGO ( SEMANA, QUINCENA, MES)	CANTIDAD ANTES DE LAS DEDUCCIONES	HORAS O DIAS TRABAJADOS POR SEMANA

**4. ¿Ha tenido alguien algún cambio en la cobertura de seguro de salud desde que pararon los beneficios de AFDC?**  SI  NO  
(Incluya todos los planes para el cuidado de la salud, como dental, para la vista, hospitalización, seguro de cuidado a largo plazo; o planes de salud, como Kaiser, Ross-Loos, Blue Cross, Champus, etcétera, ya los pague usted, su patrón, u otra persona.)  
Si contestó "SI", complete abajo:

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	¿A QUIEN CUBRE?	CLASE DE SEGURO	¿PAGO MENSUAL?

Ages Verified  
 Citizenship/Alien Status Verified  
 Relationships Verified

Total Number of TCC Family Members:  
Total Gross Earned Income: \$

Verified

Other Insurance Coverage:

Medi-Cal Card Coded for Insurance Coverage

DHS 6155 forwarded to Recovery

**CERTIFICACION**

- Entiendo que las declaraciones que he hecho en esta forma están sujetas a investigación y verificación.
- Entiendo que el TCC tiene que necesitarse para permitir a un miembro de la familia que reciba AFDC, aceptar o retener (conservar) un empleo y que no puede haber un adulto en la familia que reciba TCC a la disposición para cuidar a los niños.
- Entiendo que tengo que reembolsar cualesquier beneficios de TCC que no tenga derecho a recibir, aun cuando se paguen los beneficios directamente al proveedor.
- He leído (o me han leído) y recibido una copia de la hoja de información de TCC, y entiendo mis derechos y responsabilidades.
- Entiendo que el dejar de reportar datos, o el dar datos erróneos o incompletos para TCC puede resultar en prosecución legal, con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambos.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA EN QUE SE FIRMO	No. DE TEL. DONDE EL TRABAJADOR LO PUEDE ENCONTRAR SI NECESITA PONERSE EN CONTACTO CON USTED.
FIRMA DEL TESTIGO A LA MARCA, INTERPRETE, U OTRA PERSONA	FECHA EN QUE SE FIRMO	

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Approved  Denied

TCC BEGINS

TCC ENDS

REASON FOR DENIAL

TCC WORKER

DATE

SUPERVISOR

DATE

COMMENTS:

**SOLICITUD PARA PAGO DE TRANSICION DE CUIDADO DE NIÑOS (TCC)**

**Instrucciones:** Complete y regrese este reporte a su trabajador(a) de TCC. Usted no recibirá un pago de TCC a menos que se reciba una solicitud cada mes. Adjunte pruebas de las horas trabajadas este mes. La parte A tiene que ser completada por usted, y la parte B, en el reverso de esta forma, por el proveedor del cuidado de niños.

¿NECESITA AYUDA? HABLE CON SU TRABAJADOR DE TCC

**PARTE A - EL BENEFICIARIO LLENA ESTA SECCION.**

NOMBRE (PRIMER, DE ENMEDIO, APELLIDO)	TELEFONO EN CASA ( )	TELEFONO EN EL TRABAJO ( )
1. DIRECCION (CALLE, CIUDAD, ESTADO)		

**2. Anote el nombre de cada miembro de la familia que trabajó.**

NOMBRE	TOTAL DE HORAS TRABAJADAS	NOMBRE	TOTAL DE HORAS TRABAJADAS

MONTH OF REQUEST:

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

Date received:

 Total Hours Worked Verified
**3. ¿Pagué costo de cuidado de niños?**

Si contestó "SI", complete la sección de abajo.

 SI  NO

NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DEL PROVEEDOR	CANTIDAD QUE SE PAGO

**4. Complete la información siguiente sobre su proveedor de cuidado de niños.**

NOMBRE DEL PROVEEDOR	DIRECCION DEL PROVEEDOR	TELEFONO ( )
----------------------	-------------------------	-----------------

EL CUIDADO DE NIÑOS SE LLEVA A CABO EN:

 Una casa particular  Una guardería  El hogar del niño  Otro:  Tiene licencia  No tiene licencia

EL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE NIÑOS:

NOMBRE DEL NIÑO	PARENTESCO/RELACION DEL PROVEEDOR CON EL NIÑO:	NOMBRE DEL NIÑO	PARENTESCO/RELACION DEL PROVEEDOR CON EL NIÑO:
-----------------	--	-----------------	--

NOMBRE DEL PROVEEDOR	DIRECCION DEL PROVEEDOR	TELEFONO ( )
----------------------	-------------------------	-----------------

EL CUIDADO DE NIÑOS SE LLEVA A CABO EN:

 Una casa particular  Una guardería  El hogar del niño  Otro:  Tiene licencia  No tiene licencia

EL PROVEEDOR DEL CUIDADO DE NIÑOS:

NOMBRE DEL NIÑO	PARENTESCO/RELACION DEL PROVEEDOR CON EL NIÑO:	NOMBRE DEL NIÑO	PARENTESCO/RELACION DEL PROVEEDOR CON EL NIÑO:
-----------------	--	-----------------	--

**5. ¿Ha cambiado su proveedor de cuidado de niños desde que solicitó su último pago de TCC?**
 SI  NO

 RMR Changed
**CERTIFICACION**

- Estoy solicitando el reembolso máximo a que tengo derecho bajo los reglamentos de Transición de Cuidado de Niños.
- Entiendo que tengo que pagar el costo de cuidado de niños comparable al costo que cobran los proveedores de cuidado de niños por servicios similares dados a otros niños.
- Entiendo que tengo el derecho a escoger el proveedor de cuidado de niños que nos convenga más a mí y a mis hijos.
- Entiendo que el proveedor tiene que tener licencia o estar exento de tenerla para que yo pueda recibir un pago de TCC.
- Entiendo que es mi responsabilidad escoger un lugar limpio, saludable y seguro para que se provea el cuidado de niños, y que es posible que el condado visite el lugar.
- Entiendo que tengo que reembolsar cualesquier beneficios de TCC que no tenga derecho a recibir, aun cuando se le paguen directamente al proveedor de cuidado de niños.
- Entiendo que cualquier pago de TCC que se haga al proveedor de cuidado de niños, no creará ninguna relación contractual de trabajo, negocios o de cualquier otra naturaleza, entre el proveedor de cuidado de niños y el condado o sus dependencias; y que la aceptación/endorso por el proveedor, de cualquier pago, no creará dicha relación.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta y que se proveyó el cuidado de niños.**

FIRMA DEL BENEFICIARIO

FECHA

**PARTE B - EL PROVEEDOR DE CUIDADO**

**NINOS LLENA ESTA SECCION**

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

**1. Complete la siguiente información.**

SU NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
Tengo <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Estoy exenta(o) Si tiene licencia, dé el número de la licencia:		TELEFONO ( )
SE PROVEE EL CUIDADO DE NINOS EN: <input type="checkbox"/> Una guardería <input type="checkbox"/> Una casa particular <input type="checkbox"/> El hogar del niño <input type="checkbox"/> Otro:		

**2. Complete enseguida sobre el cuidado de niños que se proveyó.**

NOMBRE DEL NIÑO	PARENTESCO CON EL NIÑO	DIAS DE CUID. ESTE MES	HORAS DE CUID. POR DIA	TOTAL QUE SE COBRO POR EL CUID. ESTE MES
				\$
				\$

**3. ¿Cuánto le ha pagado la familia este mes por el cuidado de niños? \$**

**4. Si la familia tiene un plan de reembolso, ¿le está pagando lo que le debe?**  NO APLICA  SI  NO

**CERTIFICACION**

Marque (✓) enseguida cada una de las casillas que apliquen al caso de usted.

- Certifico que tengo licencia de proveedor de cuidado de niños.
- Certifico que no necesito licencia, porque soy pariente del niño.
- Declaro que tengo por lo menos 18 años de edad.
- Certifico que no necesito licencia de cuidado de niños, porque solamente cuido a los niños de la familia listada arriba. Entiendo que puedo cuidar a mis propios hijos y a los niños de solamente una familia más. Declaro que no cuido a ningunos otros niños.
- Certifico que proveo el cuidado de niños mencionado arriba y que las horas de cuidado y el pago mensual total mencionados arriba son verdaderos y correctos. Entiendo que tengo que reembolsar cualesquier beneficios de TCC que no tenga derecho a recibir, y que el no reportar datos, o el dar información errónea o incompleta sobre el TCC, puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambos.
- Entiendo que tengo que proporcionar un ambiente limpio, saludable y seguro para el cuidado de niños, y que el condado puede visitar el lugar donde se provee el cuidado de niños.
- Entiendo que cualquier pago de TCC que se me haga, no creará ninguna relación contractual de trabajo, negocio, o de cualquier otra naturaleza entre el condado o sus dependencias y yo; y que al endosar pagos que se me hagan, no se creará dicha relación.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta y que se proveyó el cuidado de niños.**

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------

**PARTE B - EL PROVEEDOR DE CUIDADO DE NINOS LLENA ESTA SECCION**

**SOLO PARA USO DEL CONDADO**

**1. Complete la siguiente información.**

SU NOMBRE	DIRECCION	NUMERO DEL SEGURO SOCIAL
Tengo <input type="checkbox"/> Licencia <input type="checkbox"/> Estoy exenta(o) Si tiene licencia, dé el número de la licencia:		TELEFONO ( )
SE PROVEE EL CUIDADO DE NINOS EN: <input type="checkbox"/> Una guardería <input type="checkbox"/> Una casa particular <input type="checkbox"/> El hogar del niño <input type="checkbox"/> Otro:		

**2. Complete enseguida sobre el cuidado de niños que se proveyó.**

NOMBRE DEL NIÑO	PARENTESCO CON EL NIÑO	DIAS DE CUID. ESTE MES	HORAS DE CUID. POR DIA	TOTAL QUE SE COBRO POR EL CUID. ESTE MES
				\$
				\$

**3. ¿Cuánto le ha pagado la familia este mes por el cuidado de niños? \$**

**4. Si la familia tiene un plan de reembolso, ¿le está pagando lo que le debe?**  NO APLICA  SI  NO

**CERTIFICACION**

Marque (✓) enseguida cada una de las casillas que apliquen al caso de usted.

- Certifico que tengo licencia de proveedor de cuidado de niños.
- Certifico que no necesito licencia, porque soy pariente del niño.
- Declaro que tengo por lo menos 18 años de edad.
- Certifico que no necesito licencia de cuidado de niños, porque solamente cuido a los niños de la familia listada arriba. Entiendo que puedo cuidar a mis propios hijos y a los niños de solamente una familia más. Declaro que no cuido a ningunos otros niños.
- Certifico que proveo el cuidado de niños mencionado arriba y que las horas de cuidado y el pago mensual total mencionados arriba son verdaderos y correctos. Entiendo que tengo que reembolsar cualesquier beneficios de TCC que no tenga derecho a recibir, y que el no reportar datos, o el dar información errónea o incompleta sobre el TCC, puede resultar en prosecución legal con sanciones de una multa, encarcelamiento, o ambos.
- Entiendo que tengo que proporcionar un ambiente limpio, saludable y seguro para el cuidado de niños, y que el condado puede visitar el lugar donde se provee el cuidado de niños.
- Entiendo que cualquier pago de TCC que se me haga, no creará ninguna relación contractual de trabajo, negocio, o de cualquier otra naturaleza entre el condado o sus dependencias y yo; y que al endosar pagos que se me hagan, no se creará dicha relación.

**Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta y que se proveyó el cuidado de niños.**

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------